

Is EMDR een alternatief voor de behandeling van trek in verslavende middelen?

Tsafira van Uitert-Levy *

Inleiding

‘Eye movement desensitization and reprocessing’ (EMDR) is in de afgelopen twintig jaar een effectieve behandelingmethode gebleken voor posttraumatische stress-stoornis (PTSS; Bison, Ehlers, Mathews e.a., 2007). Doel van EMDR is het verwerken van de heftige emoties en hoge stress die gepaard gaan met de herinneringen aan schokkende gebeurtenissen (Shapiro, 2001).

Tijdens een EMDR-sessie wordt iemand gevraagd de nare gebeurtenis in gedachten te nemen, deze te visualiseren als een plaatje en dan vast te stellen welke negatieve zelfcognitie - nu disfunctioneel - ermee sa-mengaat (bijv. ‘Ik ben in levensgevaar’, of: ‘Ik ben machteloos’). Tegenover die negatieve zelfcognitie staat een positieve zelfcognitie (bijv. ‘Ik ben nu veilig’, of: ‘Ik ben nu bij machte’) die op het moment van de heftige, herbeleefde emoties vaak ongeloofwaardig lijkt. De behandelaar laat dan de emotie en spanning bij het beginplaatje in volle hevigheid komen, met aandacht voor de lichaamselevening ervan. Tegelijkertijd vraagt hij de patiënt op een vinger te focussen die voor de ogen heen en weer bewogen wordt, of op twee tonen die door middel van een koptelefoon wisselend in elk oor klinken. Dit laatste is de zogenaamde bilaterale stimulatie. Na enkele seconden stopt de behandelaar de bilaterale stimulatie en vraagt de patiënt zijn gedachte of belevening op dat moment te benoemen, zonder er nader op in te gaan. De patiënt focust op zijn associatie en de bilaterale stimulatie wordt herhaald tot de volgende tussenstop.

De ervaring leert dat dit proces de heftige emoties en hoge spanning bij het beginplaatje geleidelijk doet afnemen. De behandelaar haalt af en toe het beginplaatje aan, checkt de hoogte van de spanning en gaat

* Drs. T. van Uitert-Levy is klinisch psycholoog en psychotherapeut bij de polikliniek van Verslavingszorg Noord Nederland te Groningen. E-mail: t.vanuitert@vnn.nl.

met het EMDR-protocol door tot de spanning uitblijft. Dan verschuift de aandacht naar de positieve zelfcognitie, die als focus dient bij de bilaterale stimulatie, tot de geloofwaardigheid ervan bij het beginplaatje het maximum bereikt. De cliënt kan zich dan de schokkende gebeurtenis die bij zijn levensgeschiedenis hoort ‘neutraler’ herinneren, zonder heftige emoties en hoge stress.

EMDR kan ook voor het behandelen van trek (‘craving’) bij mensen met verslavingsproblemen worden gebruikt. Er zijn twee protocollen beschikbaar: DeTur (Popky, 2005) en CravEx (Hase, Schallmayer & Sack, 2008). Het laatste staat het dichtst bij het EMDR-basisprotocol en kan consequenter worden uitgevoerd. Om die reden verdient het de voorkeur als behandelprotocol. Verder is tot op heden alleen met dat CravEx-protocol onderzoek gedaan.

Hase e.a. beschrijven de toepassing en effectiviteit van het CravEx-protocol bij 34 alcoholisten op een detoxificatieafdeling, van wie er 30 het onderzoek voltooiden. De patiënten zijn bij het begin van hun behandeling, na de somatische detoxificatie of na een terugval tijdens hun lopende behandeling, ad random ingedeeld in een standaardbehandeling of een standaardbehandeling plus twee EMDR-sessies. De mate waarin mensen trek ervoeren was na de behandeling met het CravEx-protocol significant lager dan met alleen de standaardbehandeling. Dit effect was ook na een maand nog aanwezig (Hase e.a., 2008).

Het CravEx-protocol (zie kader) is een aanpassing van het EMDR-basisprotocol. Het belangrijkste verschil tussen beide is het gebruik van het begrip ‘level of urge’ (niveau van trek) voor het meten van de mate van trek bij het beginplaatje, in plaats van het meten van de hoge spanning bij het beginplaatje in het basisprotocol.

Praktijkervaringen

In de polikliniek van Verslavingzorg Noord Nederland is de afgelopen twee jaar met elf patiënten praktijkervaring opgedaan met het CravEx-protocol: zes vrouwen en vijf mannen (leeftijd 27-53 jaar). In deze groep is, variërend van één tot vijf sessies, het CravEx-protocol toegepast voor de verwerking van trek. De patiënten wisten dat dit protocol nog in een experimentele fase is en dat er weinig onderzoek mee is gedaan. Alle patiënten hadden last van hinderlijke trek of vielen terug in middelenmisbruik tijdens hun lopende psychotherapie. De psychotherapeut had ruime ervaring in het toepassen van EMDR en volgde een workshop over het CravEx-protocol.

CravEx-protocol

- Vooraf vaststellen van trekmomenten met behulp van een trigger-vragenlijst.
- In de sessie een triggerend moment kiezen, waarbij de patiënt de trek actueel in de kamer ervaart en er een stilstaand beeld van maakt (het beginplaatje).
- Vaststellen negatieve zelfcognitie (één van vijf domeinen: schuld, machteloosheid, eigenwaarde, kwetsbaarheid, veiligheid).
- Vaststellen positieve zelfcognitie (op dezelfde dimensie als de negatieve zelfcognitie; is een realistisch alternatief en bevat geen ontkenning).
- Vaststellen geloofwaardigheid van positieve zelfcognitie op een schaal van 0-7.
- Benoemen van begeleidende emotie en vaststellen van de mate van trek op een schaal van 0-10.
- Plaats van het gevoel en de trek in het lijf.
- Verwerking van de trek met behulp van bilaterale stimulatie.
- Versterken van de positieve zelfcognitie met behulp van bilaterale stimulatie.
- Bodyscan.
- Toekomst(plaatje).
- Nabespreking.

Opgeteld over alle patiënten zijn er 26 sessies geweest waarin het CravEx-protocol werd toegepast. Allen waren op dat moment abstinent (variërend van enkele dagen tot weken, maanden of jaren). Bij zeven patiënten ging het om trek in alcohol, bij twee ging het om trek in cannabis; van die laatste twee had er één ook trek in cocaïne (Maria). Bij één patiënt ging het om trek in nicotine en bij één om trek in drop (waarbij dezelfde strijd beleefd werd als eerder met cannabis). Negen van de elf patiënten hadden, naast de verslaving, ook andere psychische en/of persoonlijkheidsstoornissen. Hoewel comorbiditeit vermoedelijk niet direct van belang is voor het toepassen van het CravEx-protocol voor trek, heeft comorbiditeit naar alle waarschijnlijkheid wel invloed op het verloop van de behandeling en het al dan niet uitblijven van trek na de sessies met het CravEx-protocol. Vijf van de elf patiënten waren eerder in de psychotherapie voor diverse trauma's met EMDR behandeld en waren bekend met de methode, die slechts minimaal verschilt van het CravEx-protocol.

Drie casussen

JOS

Na twee terugvalincidenten van enkele dagen stemt hij in met het voorstel van de behandelaar om voor zijn trek EMDR volgens het CravEx-protocol uit te proberen. Hij vult de lijst van trekmomenten in en die trekmomenten worden in vijf sessies verwerkt, afgewisseld met ‘gewone’ therapiesessies. Jos is onder de indruk van de methode en rondt kort daarna zijn individuele psychotherapie af, maar nog niet zijn andere behandelingen. Hij blijft anderhalf jaar abstinent en gaat weer op zichzelf wonen, maar valt dan enkele keren terug en krijgt een begeleidingscontact aangeboden. Klinische heropname wordt overwogen.

ELLY

Na last te hebben van hinderlijke trek in alcohol, besteedt Elly er, op voorstel van haar behandelaar, twee EMDR-sessies volgens het CravEx-protocol aan. Met succes: ze blijft abstinent en zegt zich geen alcoholtrek meer te kunnen voorstellen of voelen, ook wanneer ze aan toekomstige situaties denkt. Ze rondt haar psychotherapie af, blijft abstinent en stopt na een half jaar ook met de vrouwengroep.

MARIA

Op voorstel van haar behandelaar doet Maria een EMDR-sessie volgens het CravEx-protocol voor haar trek in cocaïne, waarna de trek uitblijft. Voor haar trek in cannabis doet ze later een sessie met deze methode, maar die sessie mislukt omdat de verwerking van de trek een nog onverwerkt trauma aanwakkert en niet beperkt blijft tot het spoor van de trek in cannabis. Maanden later lukt het haar toch het cannabismisbruik te stoppen. Door een verhuizing stopt de psychotherapie voordat het nodige is verwerkt. Ze is echter gemotiveerd om de behandeling in haar nieuwe woonplaats bij een andere psychotherapeut voort te zetten. Wanneer we afscheid nemen, is ze al twee maanden abstinent.

Drie sessies

Om een idee te geven hoe de verwerking van trek met het CravEx-protocol verloopt, presenteert ik drie van de 26 CravEx-sessies. Deze keuze is min of meer een willekeurige greep, maar toch niet helemaal. Het gaat om een man en twee vrouwen, tweemaal alcoholverslaving, eenmaal cocaïne en cannabisverslaving, en drie verschillende comorbide stoornissen. Ook het verloop van de trek in middelen, na het toepas-

sen van het CravEx-protocol, is verschillend. Jos blijft anderhalf jaar abstinent na het toepassen van het CravEx-protocol en valt dan terug. Bij Elly blijft de trek na twee sessies met het CravEx-protocol geheel uit en is zij er zelf van overtuigd dat ze voor de rest van haar leven abstinent blijft. Maria heeft geen trek meer in cocaïne na een enkele sessie met het CravEx-protocol, maar bereikt pas veel later abstinentie van cannabis. Het risico van terugval in cannabismisbruik blijft gekoppeld aan comorbide problemen.

JOS

Bij zijn heftige trek in alcohol (10 op de tienpuntsschaal) hoort dit beginplaatje: hij logeert bij een kennis die hij van de opname kent en wacht tot zij met wijn voor zichzelf terugkomt van de winkel. Hij is bang en wanhopig, heeft geen woonruime meer en kan nergens anders heen. De negatieve selfcognitie die ermee gepaard gaat, is dat hij waardeloos is. De positieve selfcognitie, dat hij oké is en zijn best doet, is voor hem op dat moment volslagen ongeloofwaardig. Hij is bang en voelt spanning in de maagstreek.

Na het begin met de bilaterale stimulatie (vingerbeweging) verloopt de verwerking van zijn trek vlot: in minder dan een kwartier. Eerst associeert hij naar de kracht in zijn benen - hij wil daar weg - en vervolgens wordt de last op zijn schouders minder. De angst in zijn maag lost op, de trek vermindert, maar dan leeft de angst weer op doordat hij buiten nog geen andere woonruimte heeft. Hij komt bij zijn verdriet, gerelateerd aan de hoge verwachtingen van zijn vader, en bij zijn gevoel van afhankelijkheid, dat hij van zichzelf allang kent. Hij heeft eerder in de behandeling eraan gewerkt en het nodige inzicht verworven.

Zijn trek, gekoppeld aan het beginplaatje, blijft op het einde geheel uit. In de nabesprekking uit hij zijn verwondering over deze methode en denkt dat de bilaterale stimulatie zijn verstand enigszins uitschakelt en dat er dan ‘een venster naar de rest opent’. Na uitwijding over de hoge verwachtingen van zijn vader (waar vader zelf ook aan onderdoor is gegaan) beëindigt hij de sessie door zijn zegeningen te tellen bij een blijvende abstinentie.

ELLY

Bij haar hoge trek in alcohol (7 op de tienpuntsschaal) hoort het volgende beginplaatje: ze is op een feest met vriendinnen die van haar alcoholprobleem op de hoogte zijn. Ze ziet hoe glazen wijn en bier snel worden gedronken en weer volgeschenken, zonder rekening te houden met haar kwetsbaarheid op dat punt. Dat roept de oude machtelosheid als negatieve selfcognitie op, die haar gevoel van waarde-

loosheid voedt, terwijl ze ook weet en geloofwaardig vindt dat ze bij machte is om goed voor zichzelf te zorgen. Ze is verdrietig en boos, en voelt dat in haar hele lijf.

Na het begin van de bilaterale stimulatie (vingerbeweging) belandt ze vrij snel in een heel oude eenzaamheidsbeleving en in het gevoel dat ze niet wil leven. Ze besef dat de drank haar vlucht ervoor is en pakt spontaan de vrije hand van de behandelaar, die ze gedurende de rest van de CravEx-sessie vasthoudt. Het delen van haar heftige beleving van eenzaamheid met de behandelaar ervaart ze als positief. Niemand heeft dat ooit eerder gezien, zelfs haar ex-man niet. Ze huilde vaak alleen onder de dekens. Haar jongere zus en haar bazin weten er nu wel van. De trek bij het beginplaatje blijft geheel uit en ze eindigt met een glimlach en een goed gevoel.

MARIA

Bij Maria is er niet zo'n grote trek in cocaïne (5 op de tienvpunts-schaal). Het volgende beginplaatje hoort erbij: ze zit in een lege, stille kamer; de tv boeit haar niet. Haar kind logeert bij haar (adoptie)-ouders, voor het slapen heeft ze haar dagelijkse portie cannabis gehad. Dat roept een negatieve selfcognitie van zwakte op. Zonder haar kind kan ze het leven niet aan en ze ervaart paniek en boosheid. De trek in cocaïne voelt ze op het topje van haar tong.

Na het begin van de bilaterale stimulatie (vingerbeweging) komt ze gauw in de geschiedenis van haar cocaïnegebruik. Haar ex was haar dealer en wilde later dat ze stopte met het gebruik. Ze associeert naar hoe hij haar in zijn paniek mishandelde en psychisch de zwakkere van de twee bleek te zijn, toen ze hem - na ontdekking van zijn dubbel-leven - verliet. Ze deed op dat moment gemeen tegen hem, lachte hem uit. Uiteindelijk liet hij haar gaan en sloeg haar niet meer. Dan denkt ze aan een andere, getrouwde man, die haar aan het lijntje houdt en niet wil kiezen tussen haar en zijn vrouw. Ze ervaart op het eind van de sessie geen trek meer bij het beginplaatje en vindt het een goede ervaring.

Resultaten

In op een na alle 26 keer dat het CravEx-protocol voor trek in elf lopende psychotherapieën is gebruikt, daalde de trek en bleef bij het beginplaatje aan het eind van de sessie uit. Dit positieve resultaat vertaalde zich echter niet altijd direct in abstinentie en wanneer abstinentie wel volgde, bleef de patiënt dat niet altijd voor lange tijd. Zes van de elf patiënten bleven na de CravEx-sessies abstinent, in duur variërend van enkele maanden tot langere tijd (voor zover bekend).

Van Jos is bekend dat hij na anderhalf jaar terugviel en weer begeleiding nodig had. Van een andere patiënt is bekend dat hij na ongeveer een jaar terugviel en toen, op eigen kracht, weer abstinente bereikte. Een van de vijf patiënten die na hun sessies met het CravEx-protocol niet direct abstinente bereikten, bleef terugvallen en moest om die reden zijn psychotherapie beëindigen. Hij kreeg begeleiding, overwoog een klinische heropname maar overleed voor het zover was. Een andere patiënt (met trek in nicotine en in de comorbiditeit een ernstige dissociatieve stoornis) bleek na één sessie met het CravEx-protocol bij nader inzien onvoldoende gemotiveerd om afstand te doen van het roken. Een jaar later bereikte ze abstinente op eigen kracht. Weer een ander, met in de comorbiditeit een borderline-persoonlijkheidsstoornis, wilde in feite al voor en na de twee CravEx-sessies niet doorgaan met haar psychotherapie. Ze bleef terugvallen en koos voor begeleidingcontacten. Twee anderen, met in de comorbiditeit een complexe posttraumatische stress-stoornis en een ernstige dissociatieve stoornis, bereikten uiteindelijk de door hen gewenste abstinente, maar pas veel later in de psychotherapie (na veelvuldig gebruik van EMDR voor hun trauma's).

Samengevat: voor zover bekend zijn acht van de elf patiënten nu abstinent. Van de andere drie is één patiënt overleden, twee zijn nog in behandeling. Wat de precieze bijdrage is van het CravEx-protocol in al deze gevallen, is moeilijk met zekerheid vast te stellen.

Discussie en conclusie

Deze eerste ervaringen met het CravEx-protocol voor trek tijdens een lopende psychotherapie lijken in eerste instantie bemoedigend. De trek nam in vrijwel alle CravEx-sessies af. De patiënten werden vaak zelf door dat effect verrast en ervoeren de methode als iets anders dan wat ze al kenden. Hun bewoordingen doen vermoeden dat de gefocuste aandacht op trekmomenten, gekoppeld aan selfcognities, emoties, sensaties, de bilaterale stimulatie en het aandachtig volgen van een associatespoor, meer bereik heeft dan alleen praten, nadenken en verstandige afspraken maken over de trek. Of deze methode voor verwerking van trek meer hersensgebieden bereikt, wat EMDR-'aanhangsters' over de werking van EMDR bij posttraumatische stress-stoornis suggereren, is nog niet aangetoond.

Op zeer korte termijn lijkt deze methode direct resultaat te halen, want de trek bij het beginplaatje blijft aan het einde van de CravEx-sessie uit. Helaas beperkt de verslaving zich niet tot slechts een paar beginplaatjes van trek bij een therapiesessie en kunnen trekmomenten door

interne en externe factoren na een tijd weer worden getriggerd, bewust en onbewust. Of EMDR helpt bij het verwerken van trek en het voorkomen van terugval, is moeilijk met zekerheid te beantwoorden.

Verder onderzoek zal moeten aantonen wat de meerwaarde is van deze methode op lange termijn, of patiënten die ook CravEx-sessies hebben gehad meer abstinencie bereiken dan patiënten die alleen een standaardbehandeling hebben gehad. Een mogelijke volgende stap zou een vergelijkend effectiviteitonderzoek kunnen zijn. In dat onderzoek zouden meer toetsmomenten voor het behaalde resultaat moeten voorkomen dan in het onderzoek van Hase e.a. (2008), bijvoorbeeld na een half jaar, een jaar en twee jaar. Op die manier kan de effectiviteit van de methoden op lange termijn worden aangetoond.

Over de beste timing voor het inzetten van het CravEx-protocol - tijdens de detoxificatiefase, tijdens de opname, tijdens een leefstijltraining of tijdens psychotherapie - heb ik nog geen duidelijke en onderbouwde mening. Wel denk ik dat abstinencie van enkele dagen nodig is om het conflict tussen automatische en controlerende processen gewaar te worden en de spanning betreffende de trek bewust te kunnen beleven.

Literatuur

- Bergman, U. (2008). The neurobiology of EMDR: Exploring the thalamus and neural integration. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 300-314.
- Bisson, J.I., Ehler, E., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Brink, W. van den (2005). Verslaving: chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving*, 1, 3-15.
- Broeke, E. ten, Jong, A. de, & Oppenheim, H.J. (2008). Praktijkboek EMDR. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Emmelkamp, P., & Vedel E. (2006). *Alcohol- en drugsverslaving. Een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Franken, I., & Brink, W.van den (2009). *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hase, M., Schallmayer, S., & Sack, M. (2008). EMDR Reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 170-179.
- Knapen, P.M.F.J.J. (2008). Psychotherapie in het tijdperk van evidence-based medicine. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 6, 365-375.
- Kraanen, F., Emmelkamp, P., & Wildt, W.de (2007). Psychopathologie bij behandelde verslaafden. Een onderzoek naar comorbiditeit. *Verslaving*, 3, 3-13.
- Marich, J. (2009). Case study of cross-addicted female's treatment and recovery. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 98-106.
- Maxfield, L., Melnyk, W.T., & Hayman, C.A.G. (2008). A working memory expla-

- nation for the effects of eye movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 247-261.
- Mourik, T.J. (2008). Literatuuronderzoek naar de evidentie van de effectiviteit van EMDR bij de vermindering van Craving: een onderzoeksvoorstel. (Masterthese.) Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit der Gedrag- en Maatschappijwetenschappen.
- Popky, A.J. (2005). DeTur. An urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors. *EMDR solutions, Pathways to healing*. New York: Norton.
- Robinson, R.E., & Berridge, K.C. (2000). Animal models in craving research. The psychology and neurobiology of addiction: An incentive-sensitization View. *Addiction*, 95, S91-S117.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2009). Invited Response. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 110-111.
- Shapiro, F. (Ed.) (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, R. (Ed.) (2005). *EMDR solutions*. New York: Norton.
- Trijsburg, R.W. (2007). Intenties en interacties in de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 6, 389-414.
- Uitert-Levy, T. van, Brook, F., & Land, H. (2007). Werken met valkuilen. Terugval in middelengebruik tijdens poliklinische psychotherapie met (ex-)verslaafden. *Verslaving*, 3, 34-45.
- Volkow, N. (2004). Imaging the addicted brain: From molecules to behavior. *Journal of Nuclear Medicine*, 45, 13-24.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.